

FORMULARIO DE SOLICITUD

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre (s)

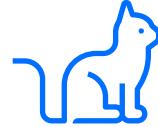
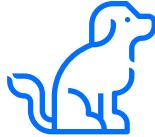
Apellido (s)

<input type="checkbox"/> Cédula	<input type="checkbox"/> Pasaporte	Nacionalidad		
Teléfono Residencial		Teléfono Oficina		Teléfono Celular
Correo Electrónico		Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
Profesión		Fecha de Nacimiento DDMMAAAA		
Empresa		Dirección donde labora		
<input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Autopista				
Número	Nombre Edificio o Residencial			Apartamento
Piso	Bloque	Sector		
Municipio / Ciudad		Provincia		

DATOS DE LA MASCOTA

El presente seguro sólo cubre Perros y Gatos. Edad de ingreso desde 3 meses hasta 8 años de edad.
El seguro cubre una sola mascota que es la relacionada con esta solicitud.

Nombre de la mascota		Raza					
<input type="checkbox"/> Perro	<input type="checkbox"/> Gato	<input type="checkbox"/> Macho	<input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Fértil	<input type="checkbox"/> Castrado	Color	Fecha de Nacimiento DDMMAAAA
Tamaño de la mascota		<input type="checkbox"/> Pequeño (hasta 10kg) <input type="checkbox"/> Mediano (11 a 25 kg) <input type="checkbox"/> Grande (26 a 40 kg) <input type="checkbox"/> Gigante (más de 40 kg)					
No. Microchip		Características Especiales (marcas, manchas)					



PLANES PARA PERROS

Estos precios tienen el impuesto incluido

<input type="checkbox"/> Plan Cachorro RD\$ 870 Mensual RD\$ 10,440 Anual	<input type="checkbox"/> Plan Canino RD\$ 1,230 Mensual RD\$ 14,760 Anual	<input type="checkbox"/> Plan Manchas RD\$ 1,590 Mensual RD\$ 19,080 Anual	<input type="checkbox"/> Plan Minino RD\$ 860 Mensual RD\$ 10,320 Anual	<input type="checkbox"/> Plan Felino RD\$ 1,210 Mensual RD\$ 14,520 Anual
---	---	--	---	---

Autorizo a Seguros SURA, S.A., a cargar a mi tarjeta de crédito indicada debajo, la **prima mensual** del seguros correspondiente.

Es responsabilidad del asegurado(a) confirmar los cargos de la prima como garantía de su cobertura.

Frecuencia de Pago	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual	Tarjeta de Crédito	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> MasterCard	<input type="checkbox"/> American Express		
Forma de Pago	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito	Fecha de Vencimiento						
TC o Cta							CVV	

INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA

<input type="checkbox"/> Empleado/Asalariado	<input type="checkbox"/> Propietario/Socio	<input type="checkbox"/> Jubilado/Pensionado	<input type="checkbox"/> Inversionista/Prestamista	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Estudiante
<input type="checkbox"/> Ama de casa	<input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?				

INFORMACIÓN FINANCIERA

Menos de RD\$20 mil RD\$20 mil a RD\$50 mil RD\$50 mil a RD\$100 mil Más de RD\$100 mil

Descripción actividad económica de otros ingresos (actividad secundaria)

¿Ha manejado o maneja recursos públicos durante los últimos 3 años? SI NO Si su respuesta es afirmativa, especifique

¿Ha poseído o posee algún grado de poder público durante los últimos 3 años? Sí No Si su respuesta es afirmativa, especifique:

□ SI □ NO Si su respuesta es afirmativa, especifique

¿Es afirmativa alguna de las preguntas anteriores para su cónyuge, padres, hijos o hermanos?

abuelos, hijos, nietos, suegros, nueras o yernos?

DECLARACIÓN DE VERACIDAD Y AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN Y CONSULTA DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Declaro bajo la fe del juramento, y bajo pena de perjurio, de forma libre, consciente, expresa y voluntaria que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa, y que el seguro aquí solicitado no entrará en vigor mientras no sea aceptado por Seguros SURA S.A.

Autorizo expresamente e irrevocablemente a Seguros SURA S.A. para que verifiquen y consulte toda la información proporcionada en este formulario en cuantas bases de datos, centros de información crediticia, cualquier otra institución o empresa, locales o extranjeras, sea necesario, bajo el amparo de la Ley No. 172-13, del 15 de diciembre del 2013, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal, y cualquier otra legislación aplicable.

AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y CESIÓN DE INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Autorizo expresa e irrevocablemente a Seguros SURA S.A. para que, en caso de ser necesario puedan ceder la información proporcionada en este formulario, incluyendo datos de carácter personal, reconociendo y garantizando que la cesión de dichas informaciones por parte de Seguros SURA S.A., sus empleados, directores y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del Artículo 377 del Código Penal, ni generará responsabilidad a los efectos del Artículo 1382 y siguientes del Código Civil. Tampoco supondrá una violación a los términos de la Ley 172-13 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. Por este medio renuncio expresa y formalmente al ejercicio de cualquier acción o demanda legal, manteniendo libre e indemne de toda reclamación a Seguros SURA S.A. sus representantes, accionistas y demás causahabientes en virtud de las disposiciones del Artículo 1120 del Código Civil y de las disposiciones de la Ley 155-17, de 1 de junio de 2017 contra el Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo.

Seguros SURA S.A., se reservan el derecho de solicitar información y documentos adicionales para dar cumplimiento a las normas de prevención de lavado de activos de las que sean sujetos obligados. En caso de que el solicitante no suministre las informaciones o documentos requeridos, Seguros SURA S.A., se reservan el derecho de declarar o cancelar la póliza solicitada.

Fecha	Fecha
Firma del Solicitante	Firma del Representante